

الاكتئاب مرض العصر (أساليب تشخيصه والوقاية منه وعلاجه)

أ. فتحي زقعار
جامعة الجزائر2

1- لمحة تاريخية حول الاكتئاب:

يعتبر الاكتئاب من أبرز الأمراض النفسية عبر التاريخ، حيث ذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء، والإغريق، والبابليون، بحيث وصفه أبوقراط في سنة أربعمئة قبل الميلاد "بالملائخوليا" (Shneidere , 1980 ,P 39).

كما بين أريتوس (ARITTOS) في عام ثمانون (80) بعد الميلاد، إلى وجود جملة من المعاناة النفسية عند الإنسان منها القلق، والحزن والأرق والشعور بالذنب والفرح، والرغبة في الموت، فجاء بعد ذلك جالينوس (Jalinous) من (130 إلى 200) بعد الميلاد فوضع نظرية الأخلاط الأربعة ومنها المرارة السوداء والتي إن زادت كان مزاج الشخص سوداويا أي مكتئبتا. وأوضح فليكس بلاتر (Platter.F) في أواخر سنة 1500 إلى أن الملائخوليا نوع من الإغتراب العقلي الذي يؤدي إلى الحزن والخوف (مدحت عبد العزيز أبو زيد، 2001، ص.14).

كما ذكرت أعراض الاكتئاب عند العرب المسلمين، حيث قدم كل من ابن سينا والرازي أمثلة رائعة على دقة الوصف لحالات " الملائخوليا " والعلاجات الطبية المقترحة، زيادة على العلاجات النفسية بالراحة والإسترخاء والإيمان (الحجار، 1989، ص82). ولقد أشار ابن سينا سنة 980 ميلادي بأن الملائخوليا عبارة عن انحراف عن الجرى الطبيعي إلى الفساد والخوف والمزاج السوداوي.

ويرجع السبب إلى الدماغ حيث تتصاعد الأبخرة من البدن إلى الدماغ ومن علامات الميلائنخوليا حسب ما جاء به ابن سينا " الخوف من أمور غير معروفة وتخيل أمور غير موجودة(اليعسوي ، 1975 ، صص 103 - 104).

ظهر المصطلح الاكتيابي ليحدد جدولا اكلينيكيًا يمكنه أن يظهر أثناء التطور العصبي أو الذهاني، وعندما يأخذ بعض الميزات الخاصة (Marie Claude,1978,PP17-18).

-2- تعريف الاكتئاب: (de la Dépression) Définition

يقول ماير (MAYER) " لا نعرف كيف نعرف الاكتئاب" وهذا القول يعكس صعوبة تعريف الاكتئاب بفعل تعدد أسبابه وأعراضه وكثرة تصنيفاته، مما يجعل إيجاد تعريف مقبول من طرف المختصين مسألة صعبة جدا حتى الآن (الحجار، 1989، ص84) وهذه بعض أهم التعاريف:

***تعريف ناخت و ركاني 1970 Nachet et Racanier :**

الاكتئاب هو حالة مرضية من الألم النفسي والإحساس بالإثم الواعي، يكون مرفوق بانخفاض في قيمة الذات والنشاط العقلي، والنفسي حركي، وكذلك العضوي (Kohler, 1970,P 9).

***تعريف فرويد (Freud):**

الحالة الاكتيابية هي وضعية فقدان موضوع الحب التي تثير نكوص من مرحلة تقمص الأنا مع الموضوع المفقود، بحيث تبني هذه العلاقة على نموذج نرجسي وازدواجي. (Adouceur&Bouchar, sans date, P300)

***تعريف رشاد عبد العزيز (1993):**

يعتبر الاكتئاب من أكثر الأعراض النفسية انتشارا وهو يختلف في شدته من مريض لآخر ويشعر المصاب بالاكتئاب وفقا لأفكار سوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات (رشاد، 1993، ص15).

***حدار عبد العزيز (2007):**

الاكتئاب هو اضطراب انفعالي عاطفي، يتميز بالحزن الشديد المستمر والألم النفسي الحاد، والتأثير الذاتي، وفقدان اعتبار الذات، والشعور بالعجز، والفشل والتفاهة واليأس، مما يؤثر على النشاط العام من اثباط معرفي، ونفسي حركي وإعاشي، واضطراب واضح في

الوظائف الغريزية كالنوم والتغذية والجنس. وتكون أسبابه داخلية أو خارجية المنشأ، أو كلاهما على حد سواء (حدار ، 2006 ، ص51).

-3-مدى انتشار الاكتئاب Epidémiologie:

يعتبر الاكتئاب من بين الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا بحيث يتوقع العياديون والأخصائيون زيادة هذا الاضطراب في المستقبل، فحسب منظمة الصحة العالمية OMC يوجد مئة (100) مليون مكتئب في العالم خلال سنة واحدة فقط.

(BlacKburn&cottraux I,1997)

يحتل الاكتئاب المرتبة الرابعة بين أسباب الإعاقة والموت المبكر وحسب ما جاء في دراسة لأمراض أجرتها كلية هارفارد للصحة ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي فإنه في عام 2020 يمكن أن يصبح الاكتئاب ثاني الخطر في العالم بعد مرض القلب.
(كراملينغر ، 2002 ، ص 19)

توجد نسبة قليلة من حالات الاكتئاب لدى الأطفال بحيث أثبتت دراسة وبائية (épidémiologique) قام بها الباحث روتر Rotter (1970) على وجود ثلاثة حالات اكتئابية من ضمن 2193 طفل أي بنسبة 1.4% (Vantalon, 1999,P43).

كما يسجل ارتفاع في تواتر الاكتئاب (la prévalence de la Dépression) لدى الرجال ابتداء من سن الخمسين (50 سنة). أما لدى النساء فيبلغ ذروته نحو سن 35 عاما كما توجد مرحلتين أساسيتين تميز بروز الاكتئاب :

*المرحلة الأولى: تمتد من 20 إلى 30 عاما.

*المرحلة الثانية: تقع في حدود الخمسين إلى ستين سنة.

(Lou & Lou ,2001, P75)

كما يرتفع تواتر الاكتئاب لدى الأشخاص المسنين في حدود 70 أو 80 عاما.

(Lou & Lou ,2001,P 49)

وتوضح الأبحاث العلمية الحديثة والوبائية أن فئة المراهقين هي الفئة الأكثر تعرضا للإنتحار بسبب الاكتئاب ، بحيث يموت حوالي 800 مراهق بفرنسا سنويا بسبب الإنتحار.
(Arnoux , 1999, P 19).

ووفقا لتقارير الوكالة الوطنية لتطوير التقييم الطبي الفرنسية (ANDEM) فقد قدر عدد المنتحرين بفرنسا سنة 1996 بـ 11300 فردا، بينما تزداد عدد المحاولات أكثر من 10 مرات، يشخص منهم من 30 إلى 50 % كأفراد مصابين بالاكتئاب. كما بينت إحصائيات أخرى أن الاكتئاب يشكل نسبة 30 % إلى 35 % من أسباب الموت والانتحار (Levy- Soussan, 2002, P95).

-4- الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب (Sémiologie):

إن أهم الأعراض المميزة للاكتئاب ما يلي:

1-4- المزاج الاكتئابي (Humeur Dépressive):

ويشير إلى حالة حزن مرضي تمتد درجة خطورته من الشعور بالحزن إلى الألم الأخلاقي الأكثر حدة، فيظهر على المصاب الإحساس بالملل وفقدان الاهتمام بالعالم الخارجي، والشلل العاطفي (Hardy, 1986, P75).

كما يؤكد آرون بيك (A.Beck) أن المزاج الاكتئابي هو شعور بالغم والكدر، وإحساس بالحزن والشعور بفقدان الأمل، فيعجز المريض عن الإهتمام بما يوجد من حوله والإستمتاع بملذات الحياة مما يزيد حدة التوتر (بيك ، 1991، ص 133). وتجدر الإشارة إلى أن تراكم الحزن يتطور إلى السوداوية. وهو حزن عميق ودائم ولا يمكن تبريره، ويسري على جميع الأشياء (داكو بيار، ترج: غدا اسكندر، 1998 ، ص 53).

كما يلاحظ كذلك أن بعض المكتئبين يعانون من عدم القدرة على الحب والتخدر العاطفي بحيث يمتازون باللامبالاة، لأن طريق المشاعر لديهم مثبط والمصاب لا يستطيع الإحساس به ومعايشته. وهذا ما يبين الألم وتأنيب الضمير (Pelicier, 1983, P 56). من جهة أخرى يتميز المصاب بالاكتئاب بالحزن المتصلب والحاد (Lelord & André, 2001, P174).

وعلى العموم فإن المزاج الاكتئابي يتميز بـ الشعور بالكرب والكآبة، وبعض السمات المتشنجة كإنخفاض زوايا الفم، صراخ، دموع (Feline et AL, 1991, P10).

-4-2- الإبطاء النفسي حركي (Ralentissement psychomoteur):

ونميز منه نوعين هما :

*** الإبطاء النفسي معرفي (Ralentissement psychocognitif):**

يشكل هذا العرض من الإلثباط تقريبا 90 % من الحالات الاكتئابية ، فالمصاب يعاني من فقر في التعبير وتوليد الأفكار، وخلط في تسلسلها ، كما يشاهد على المصاب اضطرابات معرفية، كالإلتهاب والذاكرة عند قيامه بنشاطاته اليومية.

(Levy Soussan, 2002 ,P 99)

***الإلثباط الحركي(Ralentissement moteur):**

يشعر المصاب بتعب جسيمي (Asthénie) وانخفاض في النشاط الحركي مصحوبا باضطرابات عصبية من الصعب التعرف عليها (Henry, 1989, P167).
وحيث يكون العرض بطيئ أو الكف الحركي تكون شدة هذا البطء مختلفة، وقد تصل إلى كف كامل للدوافع والإهتمامات، إذ يكون المريض عادة حاملا، بطيء الحركات، خافت النطق (يعقوب ، 1984، ص ص 33-34).

كما يمكن معرفة المكتئب من هيئته، يكون حاملا، تنخفض ردود أفعاله إلى الحد الأدنى، بحيث يتسبب أي فعل في إرهاقه (داكوبيار، ت.ج، اسكندر، 1988، ص 45).

V - 3-4- الشكاوي الجسمية والآلام العضوية:

ومن الشكاوي الأساسية الجسمية والآلام العضوية في الاكتئاب والتي أصبحت مميزة

1- اضطرابات النوم: (Trouble du sommeil):

والذي يظهر على ثلاثة أشكال :

• أرق أول الليل.

• أرق منتصف الليل.

• أرق في أواخر الليل (إبراهيم ، 1998، ص 22).

يظهر هذا العرض لدى 70 % من حالات الاكتئاب (Deniker, 1996, P41).

2- فقدان الشهية (Anoréxie):

وتتمثل في التغيرات التي تحدث على مستوى شهية الفرد، كفقدان الشهية الذي يترتب عنه الإنقطاع، ومن ثمة تظهر على الفرد النحافة أو الإفراط في الأكل (Hyperphagie) و الذي يترتب عنه أحيانا الزيادة في الوزن (إبراهيم، 1998، ص 24).

3- اضطرابات أخرى(Des autres troubles) :

- ظهور آلام جسمية مختلفة، صداع، آلام قطنية، آلام مفصلية، ضعف، تعب جسدي.

- نقص في إفراز اللعاب، نقص فعالية الأمعاء والمعدة مما يؤدي إلى الإمساك الحاد والذي يسبب التسمم، اضطرابات تنفسية وبعض الاضطرابات الجنسية عند الجنسين (بيك ، 1991 ، ص 135).

5- الأشكال العيادية للاكتئاب (les formes Cliniques de la Dépression):

5-1- الأشكال العيادية الأولية (les formes cliniques primaires) :

أ- الاكتئاب داخلي المنشأ (Dépression Endogènes)

يعتبر الاكتئاب داخلي المنشأ من أخطر الأشكال العيادية للاكتئاب، فنادر ما توجد العوامل المفجرة، لكن من الممكن حصولها في 30 % من الحالات (Levy soussan, 2002,P104). بحيث تلعب التغيرات البيوكيميائية والعوامل الوراثية دورا هاما في ظهوره أكثر من العوامل الاجتماعية والشخصية. والمصابين بهذا الاكتئاب يستخدمون العلاج الكيميائي والكهربائي. ويظهر هذا النوع من الاكتئاب من خلال تواجد الميلانخوليا، ونلاحظ هذه الأخيرة من خلال الأنواع الاكتئابية التالية:

***الاكتئاب الفصامي:** يمس الفصام حوالي 1 % من الأشخاص الراشدين، ويعتبر بمثابة ذهان خطير، بحيث يصبح المصاب لا يبالي بمحيطه وأعماله اليومية وحتى غذائه نتيجة الشعور بالذنب والحزن العميق، مما يؤدي به إلى الإحساس بانفصال جسده عن رأسه بالرغم من أنه لا يعاني من تخلف ذهني، و تتطور حالته وتتجه نحو الفصام (Lechemia, 1995,P 48).

***ذهان الهوس الاكتئابي:**

هذا النوع خطير جدا لأنه يمس وظائف القدرات العليا كالتفكير والإدراك، بالإضافة إلى مشاعر المصاب وعواطفه. وبالتالي يشكل المصاب خطرا على نفسه وعلى الآخرين بسبب ما قد يرتكبه من أفعال خطيرة كالإنتحار (Lechemia, 1995, P50).

ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث بتوفر ثلاث أعراض من الأمراض

التالية كشرط أساسي لتشخيص الهوس عند الفرد:

1- تقدير ذاتي مبالغ فيه وأفكار بالعظمة.

2- حاجة بسيطة إلى النوم.

3- حاجة مستمرة إلى الحديث .

4- ضياع الأفكار.

5- ذهول.

6- نشاط مفرط (اجتماعي، مهني، جنسي، احتياج) (شابرول، 1998، ص 42).

ب- الاكتئاب خارجي المنشأ (Dépression Exogène):

يعتبر هذا النوع من أكثر أنواع الاكتئاب انتشارا، بحيث تلعب العوامل النفسية والمحيطية الضاغطة دورا هاما في ظهوره.

يوجد ثلاثة أنواع رئيسية من هذا الشكل للاكتئاب:

* الاكتئاب الاستجابي (Dépression réactionnelle):

وهو النوع الأكثر انتشارا والأقل خطورة، يظهر كنتيجة للضغط بمختلف أشكاله. ولقد بين كل من " ماري" و" فريدمان" أن سوء الظروف الاقتصادية للأسرة لها تأثير بالغ في ظهور هذا النوع من الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين خاصة، ويظهر أيضا عند اللذين يعانون من إفراط في الحساسية، وكذلك عند الأشخاص الذين يحتاجون إلى كثير من التشجيع حتى يجدوا توازنهم. وهذا الاكتئاب هو استجابة لأنه يظهر كاستجابة لمواقف مأساوية، كموت أحد الأعداء أو الانفصال عنه أو خسارة مادية كبيرة أو إصابة جسدية خطيرة. ويشخص هذا النوع إذا استمر أكثر من أسبوعين، ومن أهم أعراضه الحزن الشديد وإهمال النشاطات الاجتماعية (الدعسوقي، 1974، ص 62).

* الاكتئاب العصبي (Dépression Névrotique):

أهم ما يميز هذا النوع من الاكتئاب هو الإحساس باليأس واضطراب المزاج، ضيق الصدر، ألم في الحنجرة، مشاعر التهديد والخوف من المستقبل. وأشد الأعراض هو وسواس المرض. كل هذا نتيجة عصاب تطور عند المصاب خلال حياته. ونقصد هنا بالعصاب التدهور النفسي الذي يظهر عند الشخص الذي عايش صدمات نفسية شديدة أثناء طفولته التي تكون في أغلب الأحيان صدمات عاطفية (Cruchon, Sans Date, PP367- 368).

* اكتئاب الإنهاك (Dépression d'épuisement):

نتيجة لتكرار الإصابة الصدمية للفرد من شهر إلى سنة، يحدث إفراط في الشحنة العاطفية، التي تؤدي بدورها إلى إنهاك انفعالي. وهذا الأخير يأخذ شكل الاكتئاب الإنهاكي (Levy soussan, 2002, P 107).

وانطلاقاً من كل هذا يمكننا أن نبين الفرق بين الاكتئاب ذو منشأ خارجي واكتئاب ذو منشأ داخلي من ناحية الأسباب والأعراض الإكلينيكية، وكذا العلاج من خلال الجدول التالي:

-5-2- الأشكال العيادية الثانوية les formes cliniques secondaires:

وهنا نجد المتلازمة الاكتئابية عبارة عن عرض مصاحب لأعراض اضطراب آخر سواء كان نفسياً أو عضوياً.

✓ الاضطرابات النفسية:

الحالات العصبية، العصاب الفوبي، العصاب الهستيرى، الفصام، الذهاناتالهذائية المزمنة، حالات التخلف الذهني، الحالات السيكوباتية.

✓ الأمراض العضوية :

حيث أن المرض العضوي هو المسؤول عن ظهور هاته الأعراض الاكتئابية، و الأمراض العضوية المعنية هي بعض من الإصابات كالإصابات العصبية والغدية والمعدية والقلبية الشريانية (Levy Soussan P, 2002, P109).

-6-الاتجاهات المختلفة في تفسير الاكتئاب:

-6-1-الاتجاه الطبي:

إن التطور السريع في ظهور الأدوية الطبية والمسمدة مضادات الاكتئاب لعلاج اضطراب الاكتئاب يقوم على تفسير الاكتئاب تفسيراً علمياً ودقيقاً، وفقاً للعوامل البيولوجية والعضوية التالية:

أ-العوامل الكيميائية الحيوية: (les facteurs biochimiques)

✓ **الأمينات الدماغية:** أثناء عملية الانتقال وتحول النبضات الحسية العصبية من خلية عصبية إلى أخرى فإن الناقلات العصبية تكون بمثابة عامل ضروري. وبعض هذه الناقلات هي:

-الكاتيكولامين (cathécolamine).

- نورادرينالين (noradrénaline) .

-أدرينالين (adrénaline) .

-سروتونين (sérotonine) .

-دوبامين (dopamine) .

حيث يكون تركيز هذه المواد بقوة، وكثافة في عنق المخ. ولقد أثبتت الدراسات أن هناك ارتباطا بين انخفاض مستوى الكاتيكولامين وبين حالات الاكتئاب (عكاشة، 1996، ص212).

ب- عامل الوراثة:

ويرى أصحاب النظرية الوراثة أن الوراثة تلعب دورا كبيرا وخاصة بالنسبة لذهان الاكتئاب، أما في عصاب الاكتئاب فيكاد يكون تأثيرها ضعيفا للغاية إذ أن التأثير الأكبر يكون للعوامل البيئية الأخرى (عكاشة، 1996، ص246).

ج- الشوارد (Les Ions):

أثبت كل من كوبن وجماعته (Coppin et al 1966) وجود اضطرابات في كمية الصوديوم والبوتاسيوم في الاكتئاب الذهاني، أي زيادة في الصوديوم داخل الخلايا (ويستوي الصوديوم بعد الشفاء) أما البوتاسيوم فتتخفض نسبته داخل الخلايا نتيجة لزيادة الصوديوم إلى ما دون المستوى السوي. وبالنسبة للكالسيوم وجد فلاش (Flach) 1970 تناقصا في إفراز الكالسيوم في البول عند مرضى الاكتئاب خلال فترة الشفاء (حجار، 1989، ص86).

د- الهرمونات الغدية الصمية:

يلاحظ اضطراب مزاج العاطفة في خلل وظيفة الجهاز الغدي الصمي، في العديد من الاضطرابات، منها الاكتئاب في أعقاب الولادة نتيجة الهبوط الشديد في مستويات البروجسترون المصنع في المشيمة. وفي سن اليأس لوحظ أيضا أن مستويات الكورتيزول (الذي يفرز من قشر الكظر) ترتفع ارتفاعا ملحوظا في الاكتئاب (20.8 ميكروغرام في 100 ميلي لتر) بينما تنخفض هذه النسبة بعد الشفاء (حجار، 1989، ص86).

6-2- الاتجاه النفسي التحليلي (approche psychoanalytique):

على ضوء تناول السيكونديناميكي لدراسة الاكتئاب الذي وضعه فرويد في كتابه "الميلانخوليا" و"الحداد" سنة 1917. والذي أشار من خلاله بأن الاكتئاب عبارة عن حالة يواجه فيها الفرد عدوانية اتجاه نفسه بدلا من توجيهها للشخص الذي يمثل حقيقة موضوع هذه المشاعر العدوانية. ومن ذلك الوقت بدأ اعتقاد "فرويد" بأن كل إحباط أو كره مرتبط بهذا الفرد، لا يمكن التعبير عنه بصراحة، فمثل هذه الأحاسيس أصبحت محصورة أمام وجوب تحرر هذه العدوانية بشكل أو بآخر يواجهها نحو ذاته ويرجعها لنفسه.

وقد أثبت فرويد أهمية فقدان في الاكتئاب، وكان يقصد انقطاع رباط تعلق هام ودال، كالانفصال عن فرد معين أو موت شخص عزيز.

(Marcelli&Bracannier, 1984, PP207,208)

-6-3- الاتجاه السلوكي المعرفي:

يضم هذا الاتجاه مجموعتين كبيرتين، المجموعة الأولى فهي تحليل الآليات الاكتئابية ضمن منظور سلوكي، أما المجموعة الثانية فتحتوي على تناولات معرفية عديدة.

(Fontaine, 1980, P106)

-6-4- تفسير نظرية تعلم العجز (سليغمان):

تتلخص في أن مواجهة الفرد لأحداث كرب ومشقة مستمرة تؤدي إلى اللامبالاة والإنسحاب وعدم الإستجابة. ومن ثم الإحساس باليأس والعجز وعدم الحيلة، ثم يتبع ذلك أعراض الاكتئاب الأخرى، وقد بينت هذه النظرية، على أساس نظرية التعلم في الحيوانات، وما يحدث لها عند تعرضها لمنبهات كرب وشدة ومشقة (سعد ، 2003، ص14) .

-6-5- نظرية شيفر Schiffer (1998) وسيكولوجية ثنائية الدماغ:

من بين النظريات الاجتماعية نظرية ثنائية الدماغ، أو ما يسمى بسيكولوجية ثنائية الدماغ Dual-brain psychologie، التي طرحها الطبيب العقلي فريدريك شيفر (1998) إنطلاقاً من الدراسات العصبية الكثيرة التي جرت على الجهاز العصبي، وبالأخص على نصفي الدماغ والعلاقة بينهما؛ وذلك في تفسير الاكتئاب وبقية الاضطرابات النفسية الأخرى. ويذهب شيفر إلى أن كل من نصفي الدماغ يأوي شخصية مستقلة وأن الاضطراب العقلي يظهر حين يتصارع هذان النصفان بدلا من تكامل عملهما وظيفيا.

-7- تشخيص الاكتئاب:

إن وجود عاطفة البؤس والحزن والتوعلك والنفور من مباحج الحياة، بالإضافة إلى مظهر المريض الكئيب أو تصريحه بتفاهة الحياة، وميله للموت، تعتبر من الدلائل الأساسية لتشخيص الكآبة وقد لا تجدي محاولة التفريق بين الكآبة الانفعالية والذهانية شيئا بل الأجدر أن نعرف كم من العوامل الخارجية والنفسية شاركت في ظهور الكآبة وكم من العوامل الوراثية أو الباطنية شاركت بدورها أيضا؟ وقد وضع "ياسبرز" ثلاثة شروط تشخص الكآبة الانفعالية هي:

1. أن يكون محتوى الكآبة متماشيا و متعلقا بالتجربة النفسية التي يمر بها المريض.
 2. أن الكآبة لم تكن لتحديث بدون تلك التجربة أو الحادثة.
 3. أن أعراض الكآبة تختفي و تزول بزوال الأسباب.
- (الدباغ ، 1983، ص ص 108-109).

-7-1- المعايير التشخيصية للنوبة الاكتئابية الشديدة في التصنيف الأمريكي:

- **المعيار (A)** مزاج متموج أو فقدان الإهتمام أو المتعة لكل أو لمعظم النشاطات المعتادة أو التسليلات الخفيفة والمزاج المتموج يتصف بالأعراض التالية:
 - مكتئب حزين، سوداوي بدون أمل، فقدان جميع وسائله، قابل للإثارة، واضطراب المزاج، أن يكون واضحا ومستمر نسبيا، ولكن ليس من الضروري العرض المهيمن، كما أنه لا يشمل التغيرات المفاجئة بمزاج متموج إلى مزاج متموج آخر كالعبور مثلا من القلق إلى الاكتئاب والغضب؛ كتلك التغيرات التي تشاهد في حالات الاضطراب النفسي الحاد.
- **المعيار (B)** على الأقل 4 من الأعراض التالية يجب أن تكون موجودة تقريبا كل الأيام و لمدة لا تقل عن أسبوعين.
 - (1) نقص الشهية أو نقص واضح في الوزن (في غياب حمية غذائية)، أو زيادة الشهية أو زيادة واضحة في الوزن.
 - (2) الأرق أو فقدان النوم.
 - (3) الهياج أو التباطؤ النفسي الحركي.
 - (4) فقدان الطاقة، التعب.
 - (5) مشاعر عدم الأهمية، والإهتمام الذاتي أو الشعور المتزايد بالذنب في غير محله.
 - (6) نقص القدرة على التفكير والتركيز غير مصحوب بنقائص في التفكير المنطقي.
 - (7) أفكار معاودة حول الموت، التفكير في الإنتحار، الرغبة في الموت ومحاولة الإنتحار.
- **المعيار (C)** في غياب تناذر انفعالي (المعيار A، المعيار B) أي قبل تشكل هذا التناذر أو بعد شفائه لا يهيمن على اللوحة السريرية أي من العناصر التالية: الإنشغال بفكرة هذيانية أو بهلوسات لا تتوافق مع المزاج، سلوك غريب.

- **المعيار (D)** النوبة الاكتئابية الشديدة غير مضافة إلى حالة فصامية أو اضطراب فصامي الشكل.

- **المعيار (E)** النوبة لا تعود إلى اضطراب عقلي عضوي المنشأ أو إلى حداد غير معرقل بآفة مرضية (مطيع رثيف، 2001، ص ص 109-110).

-7-2- التشخيص التفارقي:

أ- وجود حالة اكتئاب لا يعفى من الفحص الإكلينيكي الدقيق والكشف البيولوجي بسبب كثرة الأمراض العضوية التي من الممكن أن ترتبط بأعراض اكتئاب مبينة في الجدول الإكلينيكي، نقص الدرقية مثلاً وآثار أخرى مثل الأورام الجبهية.

ب- عند الأشخاص الكبار الذين يفوق سنهم 60 سنة يختلط الأمر مع حالة الرزانة أو التحفظ، حالة صعبة تدفع لإقصاء الأمراض العضوية بالمكانة الأولى، أو تناذر بعدي، سلبية الكشف البيولوجي الإشعاعي والاستجابة الجيدة لمضادات الاكتئاب في التشخيص والشفاء.

ج- عند الأفراد الشباب، نجد مثلاً: الفصام.

د- الخصائص الشاذة التي يقودوها حدوث خلاف أو نزاع اتصال سيء.

(Kacha, 1996, PP 82-83)

- 8 - الوقاية من الاكتئاب من المنظور الإسلامي:

يهتم المنظور الإسلامي بالجوانب الروحية والمادية في حياة الإنسان، ويضمن تحقيق التوازن بينهما. والاضطرابات النفسية هي خلل في الإتزان النفسي ينتاب الإنسان نتيجة الصراع الداخلي في نفسه بين قوى الخير والشر، أو بين المثل العليا والرغبات الإنسانية الجالحة. وفي تعاليم الدين الإسلامي هناك ما يضمن الوقاية من الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب، وحل الصراعات الداخلية، مما يؤدي إلى الشفاء والعلاج. وتركز تعاليم الدين الإسلامي على التنشئة السوية للإنسان وغرس القيم والأخلاق القويمة التي تحقق السلوك السوي والإتزان النفسي. فالمسلم يجب أن يؤمن بالله سبحانه وتعالى، وبالقدر خيره وشره. ويجب أن يعبد الله سبحانه وتعالى ويذكره في كل المواقف، فذكر الله يوفر للإنسان مقدارا كاملا من الطمأنينة، والسلام النفسي في مواجهة ما يتهده من أمور الحيلة، كما أن الإيمان القوي بالله تعالى دور مهم في الوقاية والعلاج من الاكتئاب؛ فالمؤمن يثق في الخالق سبحانه وتعالى ويجد له

دائماً المخرج من الهم وحل للأزمات التي تواجهه بالرجوع إلى الله تعالى: "وبشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون" (البقرة: 154-156). فالتوكل على الله والاتصال به على الدوام عن طريق الذكر والصلاة يؤدي إلى الوقاية والخروج من الهم، كما أن الصبر على البلاء يؤدي إلى التحمل دون الإستسلام لليأس قال تعالى: " واصبر على ما أصابك إن ذلك من عزم الأمور " (الشرييني ، 2001، ص273).

9- علاج الاكتئاب (traitement de la dépression):

يعتبر اضطراب الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية التي تستجيب للعلاج، ولكن بشرط تأمين العلاج المناسب والشامل الدقيق؛ حيث تقارب نسبة الشفاء حوالي 80% قبل سن الثلاثين وتقل هذه النسبة مع تقدم السن. وفيما يأتي سنتناول أهم التناولات العلاجية الطبية والنفسية.

9-1- العلاج الطبي للاكتئاب Le traitement médical de la dépression :

يرى النموذج العضوي المرض النفسي بنفس التصور الذي يرى به المرض العضوي؛ بمعنى أن المرض النفسي ما هو إلا أعراض سطحية لتلف المخ، أو تلف في الأنسجة بسبب طفرات وراثية، أو اختلال في وظائف الجهاز العصبي أو الغدد (ابراهيم ، 1998، ص 36). وقد حاول الأطباء معالجة المكتئبين عن طريق إحداث تغيرات في السلوك من خلال التحكم في عمليات فيزيولوجية وكيميائية في المخ نذكر منها:

أ- العلاج الدوائي والكيميائي (Le traitement médical et chimique):

وتتمثل في الأدوية النفسية " Les psychotropes " وهي من أكثر التقنيات نجاحاً، إذ أنها تؤثر بطريقة مباشرة على الجهاز العصبي المركزي، بحيث يكمن دورها في إعادة إتران الموصلات العصبية في الدماغ ومن بينها:

1- مضادات الاكتئاب (Les Antidépresseurs):

استعملت كطريقة علاجية منذ 1957 في الطب العقلي وهي أدوية مخصصة للمزاج الاكتئابي (Lechemia, 1995, P79).

وهذا العلاج أساسي لمختلف أشكال الاكتئاب لأنه يحتوي على مواد تثبط المزاج المكتئب،
ووالأعراض المرافقة للاكتئاب؛ كفقدان الشهية والأرق ونقص الوزن.
وتنقسم العقاقير المستخدمة في علاج الاكتئاب إلى نوعين رئيسيين:

* المضادات الاكتئابية ثلاثية الحلقة Les Antidépresseurs Tri cycliques (١):

وتستعمل في تحسين المزاج الاكتئابي الذي عادة ما نجد فيه التعب النفسي، والقلق، وتوهم
المرض، والآلام المختلفة المرتبطة بالاكتئاب، وذلك عن طريق التأثير المباشر على الجهاز القرب
ودي (Système Para-Sympathique). ووظيفتها الأساسية هي تعزيز قوة موصلات
المخ المزاجية في مناطق الإتصال بالأعصاب ومن بين هذه الأدوية نذكر ما يلي:

- أنافرانيل Anafranyl
- الديفانيل Dyfanyl
- الطوفرانيل Tofranyl
- أميتريبتيلين Amitriptylin
- الدوثيابين Dothiepin
- لوفيرامين Lofepramine

* المضادات الاكتئابية لكافة الحمض الأميني المؤكسد (Inhibiteur de l'enzyme Oxydase Adrénaline):

تعمل على زيادة معدل النواقل العصبية في الجسم، وذلك بالتأثير على مادتي
السيروتونين (Sérotonine) والأدرينالين (Adrénaline) وبالتالي التخفيض من حدة
الاكتئاب، ونذكر منها:

- برونيازيد (Proniazid)
- فيموريل (Fumoryl)
- نيانيد (Nianide)

ب- المهدئات Les Anxiolytiques (٢):

تعمل على التخفيض من الأعراض السوماتية؛ كالأضطرابات الوعائية وارتفاع
الضغط الشرياني والاضطرابات الهضمية والجلدية، كما تقوم بتخفيف الحصر المصاحب

للاكتئاب ونذكر منها: تيميستا (Temesta)، والترونكسان (Tranxene)، و المورفين (Morfine).

ج- المنومات Les Hypotiques):

تستعمل في الحالات التي يعاني فيها المريض من الأرق الشديد، ونذكر منها: غردينال (Gardinal)، وبيتوباربيتال (Butobarbitale).

د- المهدئات العصبية: Les Neuroleptiques ()

ونذكر منها: تريبيريدول (Triperidol)، والدوغماتيل (Dogmatil)؛ بحيث تستعمل لإزالة الأعراض النفسية المصاحبة للاكتئاب كالأرق والهلاوس والهذيان. ويعود استعمال المهدئات العصبية إلى عام 1952 (Lechemia, 1995, P88). واستعمال الأدوية لمعالجة الاكتئاب أثر كبير على تحسين المزاج الاكتئابي للفرد، وإزالة الشعور بالضيق، وغيرها من الأعراض (Lechemia, 1995, P70). فكل اكتئاب يحتاج إلى مقدار فعال من الأدوية المضادة للاكتئاب، ولمدة زمنية محددة من أربع إلى ستة أشهر.

وطول هذه المدة هي الذي يدفع للمريض غالبا إلى اللجوء إلى العلاجات قصيرة المدى كالعلاج النفسي .

هـ- العلاج بالصددمات الكهربائية: (La Thérapie par électrochoc)

أول من استعمل هذا العلاج الاكتئابي هو الباحث سيرلتي Cerletti، بحيث استعمل موصلين كهربائيين لإحداث نوبة صرعية؛ وهذا لتمرير شحنة كهربائية في الدماغ. ويفيد هذا النوع من العلاج في كل أنواع الاكتئاب، خاصة الحالات الخطيرة كالاكتئاب الحاد والاكتئاب التفاعلي.

فمزاج المريض قد يتحسن بعد جلستين أو ثلاث جلسات وتجرى عادة من 6 إلى 12 جلسة بمعدل جلسة واحدة لكل يومين (يعقوب، 1984، ص 102).

كما أن هناك حالات خاصة لا نستطيع من خلالها أن نقوم بعملية إجراء الصدمات الكهربائية مثل: أورام الدماغ، أمراض القلب الشديدة، الحالات المستعصية للمريض.

ونظرا لفائدة الصدمات الكهربائية الممتازة، فقد أوصى بعض الأطباء في مذكراتهم بأن يعالجوا فوراً بالصدمات الكهربائية إذا ما أصيبت بعض الحالات بالاكتئاب، دون انتظار تأثير الأدوية (يعقوب ، 1984، ص ص 101-102).

و- العلاج عن طريق النوم: La cure par le sommeil) (

تقنية استعمال هذا العلاج تتم في المركز الإستشفائي، تحت مراقبة دقيقة ومتابعة للمنومات التي تثير النوم لمدة طويلة حوالي أسبوع ويكون ذلك خاصة في حالات الميلانخوليا، أين يكون الألم الفكري غير مطلق (Lechemia, 1995,P88) .

ي- العلاج بالعملية الجراحية: (Traitement Chirurgical)

لقد انخفض استعمال الجراحة بعد تطور العقاقير، ونادراً ما يلجأ المعالج إلى العملية الجراحية، التي تقطع فيها الألياف الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والتلاموس، وتجري العملية في حالات الإكتئاب الشديدة المستعصية، على العلاج بالطرق العلاجية الأخرى في الحالات المصحوبة، بالتوتر، والهياج، والأفكار الإنتحارية الدائمة (خير الزراد، 1981، ص 69).

كما يرى الحسيني (1994) أنه في حالة فشل كل العلاجات الطبية السابقة واستمرار الاكتئاب الشديد لمدة طويلة تصل إلى عشرة سنوات على الأقل ، يمكن اللجوء إلى جراحة المخ لعلاج حالة الاكتئاب الشديد، وهذه العملية تتمثل في قطع بعض الممرات العصبية في المخ، المتعلقة بالشعور (Stetréotactic limbic pucotomy) (الحسيني، 1994، ص 72).

9-2- العلاج النفسي التحليلي Psychothérapies Psychanalytiques) (

يعتبر العلاج التحليلي من أقدم الطرق المستعملة في العلاج حيث يعتمد على نظريات التحليل النفسي و بالتالي الوصول إلى الخبرات السابقة المنسية والمكبوتة في الطفولة المبكرة؛ إذ يعتبر التحليل النفسي هذه الخبرات الطفولية هي السبب الرئيسي للأمراض العصابية، وبتابع طرق علاجية تحليلية، يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية، وبالتالي يكشف عن نظراته للعالم (عطوف، 1986، ص 120).

ونظراً لتمييز العلاج النفسي التحليلي بالدقة والصرامة يلجأ بعض المعالجون إلى العلاج المستوحى من التحليل النفسي حيث تتسم هذه التقنية بالمرونة وقصر مدة العلاج، حيث

يجلس المفحوص وجها لوجه مع الفاحص، ويساعده على الفهم الشعوري لجميع ميكانيزماته اللاشعورية التي تجعله مكتئبا (Ferrerri, 1980, P19).

أما في الاكتئاب، فنجد أنه يستعمل العلاج التدعيمي؛ بتقصي الأسباب الأصلية والعوامل التي سببت الاكتئاب. بالإضافة إلى فهم الصراعات وإزالة عوامل الضغط، وتخليص المريض من الشعور بالذنب، والغضب المكبوت. والبحث عن الشيء المفقود للمريض، وإبراز إيجابياته الشخصية، والمساندة العاطفية، كذلك التشجيع وإعادة الثقة بالنفس، والوقوف بجانب المريض وتنمية روح التفاؤل لديه (عطوف، 1986، ص121).

لذلك فإن المعالجة التحليلية تتطلب توظيفاً وتركيزاً نفسياً خاصاً من طرف المفحوص. (Lechemia, 1995, P98)

9-3- العلاجات المعرفية والسلوكية للاكتئاب:

(Thérapies Cognitives et Comportementales De La Dépression)

أ-العلاج المعرفي للاكتئاب: (Cognitive therapy)

من أشهر رواده "بيك" ورفقائه (Beck et al (1979) وبورنس Burns (1980) وبلاكبورن Blackburn (1987). والعلاج المعرفي يحتوي على أسلوب علاجي مميز ذو طابع استقرائي وتساهمي ويتجنب فيه التساؤل العنيف ويتطلب تكوين المعالج المعرفي ببرنامج خاص، يستوجب المعرفة العميقة بالاكتئاب وبأشكال التناذر الاكتئابية بالمجموعات التصنيفية الثانوية، وبالحالة وتطوراتها وتعقيداتها المحتملة.

ومن الخصائص العامة للعلاج المعرفي أنه يعتبر علاجاً نفسياً منظماً وبنوياً (Psychotherapie structurée)، يهدف إلى تخفيف أعراض الاكتئاب، ومساعدة المريض على تعلم طرق ومناهج أكثر فعالية لمواجهة المشاكل والصعوبات التي أدت إلى اكتابه. ولقد أثبت بأن للعلاج المعرفي فعالية كبيرة في معالجة مختلف الأعراض وأنه أحيانا أكثر فعالية من العلاج الدوائي (treatmentdrug) في معالجة الاكتئاب.

(Beck &fernandez, 1998, P22)

ب-العلاج المعرفي السلوكي: (Cognitive BehaviorTherapy)

قبل التطرق إلى العلاج المعرفي السلوكي لابد من الحديث عن العلاج السلوكي لأنه يسبقه في النشأة ويفسر جانباً معتبراً منه. فقد تطور هذا العلاج في بداية الخمسينات وبني على أسس التعلم من الإشراف الكلاسيكي والعملي. ينص هذا العلاج على أن الاستجابات الانفعالية يتم تعلمها أو تحريضها شرطياً إذ تستعمل فيها نفس أسس التعلم (ملاحظة، تقليد، تعزيز). وتتضح تقنيات العلاج السلوكي أن يقوم المعالج بالتعرف على السلوكات التي تحتاج إلى تغيير، ومن ثم يمد المريض بطرق خاصة ليقوم بهذا التغيير.

كما يشير باندورا Bandura (1977) إلى أن هذا العلاج يمكن أن يعمل على رفع معنويات المكتئب وتقوية تقديره لذاته وشعوره بفعالية نفسه، الأمر الذي يجعله ينمي أهدافاً قيمة تنعكس إيجابياً على علاقته بحيطه، بالإعتماد على تقنيات سلوكية في الأساس (Cottraux, 1993, P44).

-9-4- العلاج العقلاني الإنفعالي عند إليس (Ellis) :

حسب إليس (Ellis) فإن الاضطرابات النفسية تنتج من خلل أو اضطراب في الآليات المعرفية، وهذه الأخيرة تكون الأفكار اللاعقلانية التي تؤدي بدورها إلى سلوكات انفعالية مرضية. واستعمل الباحث إليس (Ellis) مصطلح اللاعقلاني (irrational) حتى يبين ويحدد العاطفة والتفكير والسلوك التي قد تقود إلى أعراض نفسية سلبية، كالشعور بالذنب، ونقص تقدير الذات، والإنطواء، وصعوبة الوصول إلى الهدف المرجو والاضطراب الإنفعالي.

-9-5- العلاج الاجتماعي (Le traitement social) :

بدراسة أحوال المريض الاجتماعية والاقتصادية والثقافية يمكن تشخيص مواطن الضعف والقوة التي تكمل العلاجات العضوية والنفسية. وبمساعدة البحث الاجتماعي Psychiatric (Social World) يمكن نصح المريض، وتسهيل السبل أمامه للتكيف من جديد تجاه الظروف الجديدة التي سيواجهها. إن العلاج الاجتماعي يضع اللمسات الأخيرة على حياة منظمة خاصة أو عامة. (الدباغ، 1983، ص 111).

خاتمة:

يعتبر الاكتئاب من أعقد الاضطرابات النفسية تحديدا وتعريفها، إذ يتخذ أشكالا عدة، حسب مدى الانتشار، والأعراض الإكلينيكية، والأشكال العيادية، والأسباب والتطور، فيبقى محل جدل بين الأخصائيين فيما يتعلق بأسبابه وبالتالي الوقاية منه وأساليب علاجه، حيث يطرح كل اتجاه تفسيره الخاص ويأخذ هذا التفسير عدة مناحي بتعدد النظريات والنماذج حتى داخل الاتجاه الواحد.

المراجع باللغة العربية:

1. القرآن الكريم، برواية ورش عن الإمام نافع، مطبعة خادم الحرمين الشريفين، المملكة العربية السعودية.
2. إبراهيم عبد الستار ، (1998) ، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، فهمه و أساليب علاجه، الطبعة الثالثة، مطابع الرسالة، الكويت.
3. أبوزيد مدحت عبد الحميد ، (2001)، الاكتئاب دراسة فيالسيكوباتومتريّة، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
4. الحجار محمد ، (1989)، الطب في السلوك للعصر، ط1، دار الملايين، بيروت.
5. الدباغ فخري، (1983)، أصول الطب النفساني، ط3، دار الطبعة للطباعة والنشر، بيروت.
6. الدعسوقي كمال ، (1974)، الطب العقلي و النفسي، دار النهضة العربية، بيروت.
7. السيد محمد أحمد خير، (1998)، القلق النفسي وعلاقته بالإلتزام الديني لدى طلاب المرحلة الثانية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الجزيرة.
8. الشر بني لطفني، (2001)، الاكتئاببالأسباب والمرض والعلاج، ط1، منشأة المعارف، الإسكندرية.
9. الحسيني أيمن، (1994)، الاكتئاب والجنس، دار الهدى للنشر والتوزيع، عين مليلة، الجزائر
10. العيسوي عبد الرحمان ، (1975) ، ابن سينا و الأعراض العقلية العصرية، مجلة كلية الآداب و التربية، جامعة الكويت، عدد ديسمبر، الكويت.
11. بيكآرون ، (1991) ، العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية، ترجمة مصطفى عادل، دار النهضة العربية، بيروت.
12. حدار عبد العزيز ، (2006) ، الاكتئاب وعلاقته باختلال التفكير السنويوالتحكم المدرك من منظور الاتجاه المعرفي ، رسالة دكتوراه دولة في علم النفس الإكلينيكي، جامعة الجزائر.

13.خير الزراد فيصل محمد،(1982) ،**الأمراض العصبيةوالذهانية والاضطراباتالسلوكية**،دار القلم ،الكويت.

14.داكو بيار، (1988) ، **التعب و الكآبة و الحجل**، ترجمة غدا إسكندر، دار التربية.

15.رشاد عبد العزيز موسى، (1993)، **علم النفس المرضي**، مؤسسة المختار للنشر و التوزيع، القاهرة. رياض سعد،(2003)،**الاكتئاب تشخيص وعلاج**،دار الكلمة،المنصورة

16. شابرول هفري، (1998) ، **الاكتئاب و المراهقة**، عويدات للنشر والطباعة،مصر.

17.عكاشة احمد،(1996) ،**الطب النفسي المعاصر**،الأنجلو مصرية،القاهرة.

18.عطوف محمود ياسين،(1986)،**علم النفس العيادي**،دار العلم للملايين،لبنان.

19. كراملينغز كيث، (2002) ، **حول الاكتئاب**، الدار العربية للعلوم، بيروت.

20.يعقوب سعيد حافظ، (1984) ، **الاكتئاب دراسة في الانقباض النفسي**، دار الحديث، ط 1، بيروت.

المراجع باللغة الأجنبية:

21.Adouceur A., Bouchar O.(sans date), **Principes et application des thérapies comportementales**, maloine, S.A, Paris.

22. Arnoux DI., (1999), **La dépression à l'adolescence**, in press édition. Paris.

23.Cottrauxj., (1993), **Les thérapiescomportementales**, collection médecine et psychothérapie,2ème tirage, masson, Paris.

24. Cruchon G., et al. (Sans date), **La psychologiedynamique**, Maison name, 2^{ème} edition, Paris.

25.Dencker P., (1996), **La dépression**, Paris,

26. Feline .A, Hardy. P, (1991), **Ladépression**, Masson, Paris.

27. Hardy-bayle, M-C. (1986),**Enseignement de ladepression**, editeur, masson, Paris, France

28.Haynal. A, Passini W. (1988), **La mèdecinepsychosomatique**, Paris.

29 Kacha F., (1996), **Psychiatrie et psychologie médicale**, nationale du livre, Alger.

30. Kohler C., (1970), **Lesétats dépressifschez l'enfant**, descart, Bruxelles.

31. Lechemia D., (1995), **Les Dépressions dela prèvention à la guèrison**, editiondehle, Alger.

32 Levy- Soussan P., (2002), **Psychiatrie**, médline, Paris.

33. Lou. P, Lou. H, (2001), **La dépression**, puf, 5^{ème} edition, Paris.

34.Marcelli.D, Bracannier.A, (1984), **Abrégé psgchopathologique de l'adolescent**, ed, Masson, Paris.

35Pelicier Y., (1983), **La maladie dépressive**, ciba, Paris,

36. Shneidere P., (1980), **La dépression**, collection santé le hameau, Paris.

37.Vantalon V., (1999), **Les troubles dépressifs chezl'enfant**, editeurdoin, Paris.